

*leiomyoma causing unilateral ureteral obstruction*. J Urol. 1986;135(1):130-1.

16. Ghamande S.A., Eleonu B., Hamid A.M. *High levels of CA-125 in a case of a parasitic leiomyoma presenting as an abdominal mass*. Gynecol Oncol. 1996;61(2):297-8.

17. Berhan Y., Isehak A., Legesso S., Tsegaye B. *Pseudo-Meig's syndrome: parasitic leiomyoma with ascites in a 52-year old lady*. Ethiop Med J. 2003;41(4):363-6.

18. Brieger G.M., MacGibbon A.L., Peat B.P. *Torsion of a parasitic fibroid*. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 1995;35(2):224-5.

19. Rader J.S., Binette S.P., Brandt T.D., Sreekanth S., Chhablani A. *Ileal hemorrhage caused by a parasitic uterine leiomyoma*. Obstet Gynecol. 1990;76(3 Pt 2):531-4.

20. Sinha R., Sundaram M., Mahajan C., Sambhus A. *Multiple leiomyomas after laparoscopic hysterectomy: report of two cases*. J Minim Invasive Gynecol. 2007;14(1):123-7.

21. Paul P.G., Koshy A.K. *Multiple peritoneal parasitic myomas after laparoscopic myomectomy and morcellation*. Fertil Steril. 2006;85(2):492-3.

22. Odofin O., Nasir N., Satyadas T., Lower A.M., Akle C. *An unusual case of ectopic or "parasitic" leiomyoma excised by laparoscopic surgery*. Int Surg. 2004;89(3):161-3.

23. Roue A., Labois C., Winer N., Darnis E., Bouquin R., Lopes P., Philippe H.J. *Extra-uterine pelvic leiomyoma: diagnosis and practical management*. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2007;36(4):403-8.

24. Al Manasra A.R., Malkawi A.S., Khammash M.R. *Parasitic leiomyoma. A rare cause of inguinal mass in females*. Saudi Med J. 2011;32(6):633-5.

25. Thian Y.L., Tan K.H., Kwek J.W., Wang J., Chern B., Yam K.L. *Leiomyomatosis peritonealis disseminata and subcutaneous myoma--a rare complication of laparoscopic myomectomy*. Abdom Imaging. 2009;34(2):235-8.

26. Kang W.D., Kim S.M., Kim Y.H., Choi H.S. *Three isolated, large retroperitoneal leiomyomas*. Arch Gynecol Obstet. 2009;280(3):499-501.

27. Fasih N., Prasad Shanbhogue A.K., Macdonald D.B., Fraser-Hill M.A., Papadatos D., Kielar A.Z., Doherty G.P., Walsh C., McInnes M., Atri M. *Leiomyomas beyond the uterus: unusual locations, rare manifestations*. Radiographics. 2008;28(7):1931-48.

28. Sinha R., Hegde A., Mahajan C. *Parasitic myoma under the diaphragm*. J Minim Invasive Gynecol. 2007;14(1):1.

29. Takeda A., Mori M., Sakai K., Mitsui T., Nakamura H. *Parasitic peritoneal leiomyomatosis diagnosed 6 years after laparoscopic myomectomy with electric tissue morcellation: report of a case and review of the literature*. J Minim Invasive Gynecol. 2007;14(6):770-5.

## Rezumat

În acest articol este descrisă o maladie rară ginecologică – leiomiomul parazitar. Autorul prezintă datele literaturii despre patogeneză, localizare și metodele de tratament a patologiei date.

## Summary

This article is dedicated to a rare gynecologic pathology – parasitic leiomyoma. Author gives literatures data about pathogenesis, locations, methods of diagnostic and treatment of this pathology.

## Резюме

В статье описана редкая гинекологическая патология – паразитарная лейомиома. Автор приводит данные литературы о патогенезе, локализации, методах диагностики и лечения данной патологии.

## EVOLUȚIA CLINICĂ, DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL SARCINII EXTRAUTERINE

**Ludmila Tihon**, medic-ginecolog IMSP CNȘPMU, Catedra Obstetrică Ginecologie, FEMCMF, USMF „Nicolae Testemițanu”

### Actualitatea temei

Sarcina extrauterină reprezintă una din urgențele obstetrico-ginecologice, care impune medicinei contemporane probleme complexe de diagnostic precoce și tratament oportun al acestei stări patologice. Sarcina ectopică este una dintre cauzele principale de deces matern în multe țări dezvoltate, riscul fiind de 10 ori mai mare decât prin avort [1,3,6].

În ultimul deceniu în literatura de specialitate se menționează o ascensiune bruscă a morbidității în urgențele ginecologice și o incidență crescută a sarcinii extrauterine. Aceasta se datorează atât majorării numărului factorilor etiopatogenetici cât și ameliorării posibilităților de diagnostic. Sarcina ectopică marchează primul loc în morbiditatea patologiilor urgente ginecologice constituind până la 47% din acestea. Incidența în general este variabilă în dependență de zona geografică, factorii climaterici, factorii economico-sociali etc. și reprezintă 0,5-1% din totalul nașterilor [1].

Creșterea gradului de urbanizare, scăderea vârstei de debut a vieții sexuale, incidența sporită a infecțiilor specifice și clamidiozei are un impact nefavorabil

asupra stării funcției de reproducere a organismului feminin și determină instalarea sarcinii extrauterine. Actualmente au sporit atât calitativ cât și cantitativ factorii ce o condiționează. Există o legătură directă dintre frecvența sarcinii tubare și numărul proceselor inflamatorii ale anexelor, bolilor sexual transmisibile, avorturilor, utilizarea DIU [2,4,5]. În rândul celor enumerate sterilitatea tubară reprezintă una din cele mai frecvente cauze, ce provoacă implantarea ovulului fecundat în trompă. Intervențiile chirurgicale, suportate la organele bazinului mic, procedurile de fertilizare în vitro de asemenea pot provoca instalarea sarcinii tubare [3]. Infantilismul somatic și genital, endometrioza, dereglările de peristaltism pe fondul hipofuncției ovariene induc sarcina ectopică [5,6]. Cu toate că în practica medicală în permanență sunt implementate metode noi de diagnostic și tratament, această patologie continuă să prezinte un pericol atât pentru viața pacientei, mai ales determinat de repercusiunile posthemoragice, cât și pentru dezvoltarea ulterioară a sterilității tubare și peritoneal tubare [3]. Sarcina extrauterină, rezolvarea chirurgicală a cazurilor micșorează potențialul reproductiv feminin cu circa 50% [4]. Polimorfismul factorilor care inevitabil induc o grefare patologică a sarcinii presupune o creștere a incidenței ultimei în viitor și dictează necesitatea majorării atenției medicilor asupra acestei maladii.

**Material și metode.** Scopul studiului a constatat în analiza particularităților de evoluție clinică, diagnostic și tratament a pacientelor cu sarcină extrauterină. În vederea realizării acestui studiu s-a efectuat analiza retrospectivă a fișelor de observație clinică a pacientelor internate cu sarcină extrauterină în secția

ginecologie CNȘPMU (Chișinău) în perioada anilor 2007-2011. Materialul a fost prelucrat statistic prin metode matematice și șiruri variaționale cu determinarea erorii  $p < 0.05$ .

În perioada anilor 2007-2011 în secția ginecologie CNȘPMU (Chișinău) au fost internate 6476 paciente cu diverse maladii ginecologice, dintre care 1746 (26,9%) au suportat intervenții chirurgicale efectuate în mod urgent. Dintre acestea în 422 sau 24,4% cazuri ca indicație pentru operație a servit sarcina tubară întreruptă.

**Rezultate și discuții.** Analiza vârstei pacientelor incluse în studiu denotă, că în marea majoritate de cazuri (66,4%) era cuprinsă în limitele de 26-35 de ani, când femeile își realizează potențialul reproductiv (fig. 1).

Vârsta primei menstruații la contingentul de paciente studiat variază de la 11 la 17 ani; instalându-se preponderent la 12-15 ani (63,0%). Analiza caracterului funcției menstruale a evidențiat că pacientele cu sarcina tubară au suferit anterior dereglări ale funcției menstruale, care se manifestă mai frecvent prin neregularitatea (30,5%) și dolișitatea (24,8%) menstruațiilor.

Analiza stării reproductive a demonstrat, că 54 (12,6%) paciente nu au avut în anamneză nici o graviditate. Din tot numărul de femei cu sarcină tubară 17 (4,0%) sufereau de sterilitate primară, iar 51 (12,0%) de sterilitate secundară. Până la instalarea sarcinii tubare prezente au născut 312 femei. Boala avortivă a fost înregistrată la 63 sau 15,0% din tot numărul de paciente cu sarcină tubară. Conform datelor anamnestice 240 (57,0%) paciente au suportat procese inflamatorii ale anexelor și uterului.

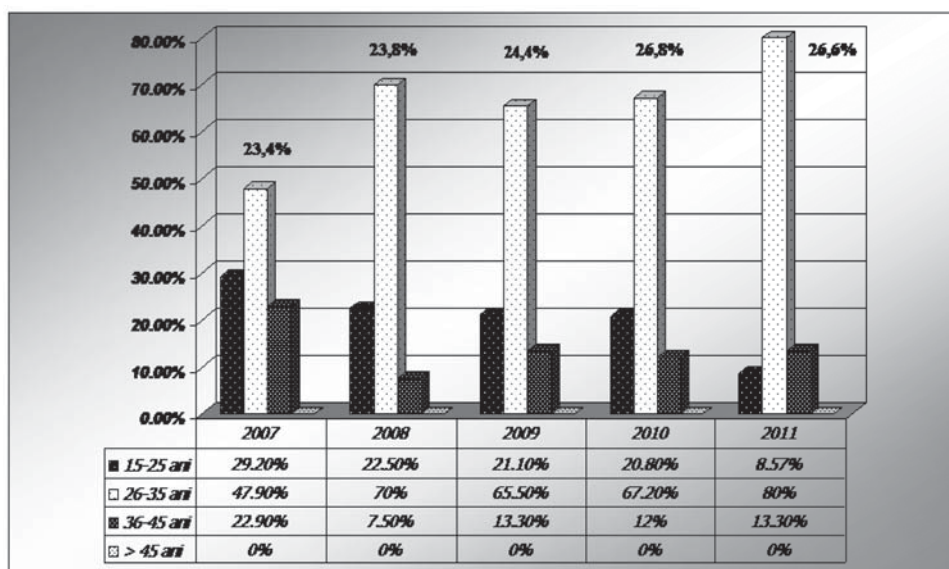


Fig.1. Repartizarea pacientelor cu SE după criteriul de vîrstă.

Marea majoritate a pacientelor investigate suferă de o patologie asociată extragenitală (91,0%). În structura afecţiunilor extragenitale ponderea cea mai înaltă o deţin maladiile infecţioase, în special pielonefritele cronice, bronşitele cronice, hepatitele, pneumoniile etc.

Este remarcabil faptul, că la internare numai 64,6% din tot numărul de paciente au fost internate cu suspjecie la sarcină extrauterină. Celelalte 35,4% paciente au fost internate pentru alte maladii ce manifestau abdomen acut.

Cel mai constant simptom a fost doliuritatea în regiunea inferioară a abdomenului (93,0%) urmat de reţinerea de menstruaţie (84,0%), eliminările din vagin (79,7%). Pe lângă cele descrise mai sus au mai fost menţionate cu diferită incidenţă durerile în regiunea rectală, vărsăturile şi greţurile, stările de lipotimie, simptomele de excitare a peritoneului, starea de subfebrilitate sau febră.

Pentru aprecierea diagnosticului au fost efectuate şi o serie de investigaţii paraclinice ca ultrasonografia, puncţia fornixului posterior, laparoscopia diagnostică.

Ultrasonografia a fost utilizată la 204 (48,5%) paciente din tot eşantionul studiat. Ca rezultat a fost determinat că la 16% din acest număr de paciente nu s-au evidenţiat careva manifestări ecoscopice, care ar permite diagnosticarea prezentei sarcini ectopice.

Datele noastre demonstrează, că în diagnosticul sarcinii tubare rămâne actuală puncţia fornixului posterior. Această investigaţie a fost efectuată în 359 (85,0%) cazuri din tot eşantionul studiat. Rezultatul puncţiei a fost apreciat ca pozitiv prin extragerea de sânge roşu necoagulat sau cu chiazuri mărunte în 89,1% cazuri dintre pacientele investigate şi negativă – în 10,9% cazuri. Totodată ultimul rezultat nu a exclus prezenţa sarcinii tubare întrerupte (rezultat fals-negativ).

Laparoscopia ca metodă de diagnostic a fost utilizată în 31 de cazuri. În cadrul laparoscopiei a fost posibil de a instala un enunţ diagnostic cert în 100% din cazuri.

În primele 24 de ore de la internare au fost tratate chirurgical 78,5% din tot numărul pacientelor cu patologia de referinţă. În cadrul intervenţiilor chirurgicale a fost depistată sarcina extrauterină (tubară) întreruptă în lipsa altor schimbări patologice la 44,2% paciente, iar la 55,8% bolnave sarcina tubară întreruptă era asociată cu alte stări patologice, care probabil şi au prezentat factorii de decizie în instalarea ei: proces aderent în bazinul mic, proces inflamator al uterului şi anexelor, schimbări chistice ale ovarelor, tumori

tubovariene, lipsa unei trompe uterine, miomul uterin. Intraoperator a fost determinată localizarea sarcinii în trompa stângă în 42,6% cazuri, iar în restul 57,4% cazuri - în trompa dreaptă. Conform localizării, sarcina a fost apreciată în porţiunea ampulară a trompei în 71,5% şi în porţiunea istmică - 28,5% cazuri.

Tabelul 1

**Tipurile de intervenţii chirurgicale în sarcina extrauterină**

Tipurile de intervenţii chirurgicale	n	%
Salpingectomie unilaterală		91,7%
Salpingectomie bilaterală		1,4%
Anexectomie unilaterală		5,7%
Salpingectomie unilaterală cu chistectomie contralaterală		1,2%

Datele expuse în tabelul 1 demonstrează, că intervenţia chirurgicală de elecţie în cadrul sarcinii tubare este salpingectomia unilaterală, care reprezintă aproximativ 70% din tot numărul de operaţii.

Intraoperator a fost apreciat volumul hemoragiei intra-abdominale. Mai frecvent a fost apreciată hemoragia intra-abdominală de 501,0-700,0 ml (43,6%). În circa 42,9% cazuri s-a înregistrat hemoragia intra-abdominală sub 500 ml. Hemoragia abdominală masivă a fost determinată într-un număr restrâns de cazuri (3,7%).

Aşadar, rezumând cercetările efectuate putem concluziona că sarcina extrauterină este o patologie extrem de complexă. Ea necesită o atenţie deosebită din partea medicilor din motivul numeroşilor factori ce o condiţionează, dificultăţilor în diagnostic şi, respectiv, în acordarea ajutorului de urgenţă.

**Concluzii**

1. Sarcina extrauterină este o urgenţă medicală, caracteristică preponderent pentru femeile de vârstă fertilă 26-35 de ani.

2. În ultimii ani se înregistrează o sporire a numărului de cazuri de sarcină ectopică printre femeile nulipare, care este condiţionată de procesele inflamatoare ale organelor genitale, dereglările hormonale etc.

3. Implementarea pe larg a metodelor de diagnostic şi tratament avansate a sarcinii ectopice conduce la rezolvarea oportună a acestei urgenţe medicale fără repercusiuni negative asupra stării de sănătate a pacientelor.

**Bibliografie**

1. Barnhart K.T. *Ectopic pregnancy*. N. Engl. J. Med. 2009; P.361:379-387.
2. Dicker, D. Feldberg, D. Samuel, N. *Etiology of*



cervical pregnancy. Association with abortion, pelvic pathology, IUDs and Asherman's syndrome. J Reprod Med, 1985, 30 (1): 25-7.

3. Houry D.E, Salhi B.A. *Acute complications of pregnancy*. In: Marx JA, ed. *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. 7th ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2009: 176.

4. Lobo R.A. *Ectopic pregnancy: Etiology, pathology, diagnosis, management, fertility prognosis*. Comprehensive Gynecology. 5th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2007: 17.

5. Mol B.W., Ankum W.M., Bossuyt P.M., van der Veen F. *Contraception and the risk of ectopic pregnancy: a meta-analysis*. Contraception. 1995;52:337-41.

6. Naseen I., Bari V., Nadeen N. – *Multiple parameters in the diagnosis of ectopic pregnancy*. J. Pak Med Assoc. 2005; 55:74-76.

7. Kemf-Haber M., Wiechec M., Wieherek L., et al. *Management of ectopic pregnancy*. Gynecol. Pol. 2003; 74: 1557-1562.

### Rezumat

Sarcina extrauterină reprezintă una din cele mai frecvente urgențe obstetricale-ginecologice. Studiul dat include rezultatele evaluării a 422 de cazuri de sarcină ectopică, internate și tratate în perioada anilor 2007-2011. Sarcina extrauterină se instalează frecvent la femeile de vârstă fertilă 26-35 de ani, fiecare a 5-a fiind nulipară. Au fost analizate manifestările clinice, datele paraclinice și opțiunile de tratament în această patologie.

### Summary

Extrauterine pregnancy (SE) is one of the most frequent gynecological-obstetrical emergencies. The work presents the results of the diagnosis and treatment of 422 cases of SE, which were recorded during the period 2007-2011 years. Most cases of SE occur between the ages 26-35 years old, and each 5-I am a woman has not had a history of childbirth. Examined the clinical manifestations, methods of diagnosis and treatment of this pathology.

### Резюме

Внематочная беременность (ВБ) является urgentным состоянием в гинекологии. В работе представлены результаты диагностики и лечения 422 случаев ВБ, которые были зарегистрированы в период 2007-2011 гг. Большинство случаев ВБ имеют место в возрасте 26-35 лет, а каждая 5-я женщина является нерожавшей. Были проанализированы клинические проявления, методы диагностики и лечения данной патологии.

## SINDROMUL DOLOR ACUT LA PACIENTELE CU AFECȚIUNI GINECOLOGICE

**Olga Cernetchi**, dr. hab. șt. med.,  
prof. univ.,

**Ludmila Tihon**, medic-ginecolog IMSP  
CNȘPMU, Catedra Obstetrică Ginecologie,  
FEMCMF, USMF „Nicolae Testemițanu”

### Introducere

Sindromul dolo este cauza diminuării calității vieții pacientelor în cadrul mai multor stări patologice suportate, durerea fiind ca simptom de bază, câte odată unicul în toată evoluția bolii. Capacitatea de a suporta durerea reprezintă un mecanism de protecție esențială pentru supravegherea și adaptarea organismelor vii la modificarea condițiilor de mediu. Durerea nu numai „informează” despre gradul de leziune tisulară, dar și provoacă reacții comportamentale reflectorii pentru a reduce la minimum impactul afectării. Conform datelor OMC, durerea ca simptom, în țările dezvoltate, are caracter pandemic. Astfel, sindromul dolo reprezintă și un semnal de alarmă, care protejează de acțiunile nocive, preîntâmpină despre dereglările din organism și este un factor esențial în diagnosticul și tratamentul multor maladii [1,6].

Răspunsul fiziologic al țesuturilor la injurie și durere acută este similar indiferent dacă are drept sursă actul chirurgical, trauma, arsura sau afectarea viscerală. Intensitatea depinde de extensia leziunii dar și de experiența fiecăruia. Transmiterea durerii acute implică activarea receptorilor senzitivi pe fibrele periferice tip C: nociceptorii. Odată lezat țesutul sau inflamația realizată, acțiunea prostanoizilor, bradikininei, serotonininei ș.a. asupra receptorilor joacă un rol major în sensibilizarea și activarea fibrelor C. Leziunea țesuturilor produsă de injurie, boală sau inflamație eliberează substanțe endogene în fluidul extracelular care înconjoară nociceptorii. Aceste substanțe includ H<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, serotoninina, histamina, prostaglandinele, bradikinina, substanța P (SP) și multe altele. Receptarea inițială a stimulilor dureroși este realizată de neuroni aferenți primari cunoscuți ca nociceptori. De la receptorii periferici la structurile centrale, durerea este mediata prin fibre mielinizate de tip A-γ și A-δ, pentru structurile somatice superficiale, precum și de fibre de tip C, nemielinizate, pentru structurile somatice profunde, vase și viscere. Receptia stimulilor toxici se produce în terminațiile nervoase specializate funcțional din piele, mușchi, articulații, viscere și dura mater. Stimulii toxici cutanați (mecanici, termici, chimici) sunt transferați prin nociceptorii care răspund cel mai bine